Ueber einen Fall

von

Anus praeternaturalis praehymenalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Visino
app. Arzt aus Schonungen.

München, 1896.
Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Ueber einen Fall

von

Anus praeternaturalis praehymenalis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Visino
app. Arzt aus Schonungen.

München, 1896.
Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. v. Winckel.

Ziemlich selten wird es dem praktischen Arzte, auch demjenigen, der vielen Entbindungen beiwohnt, begegnen, dass Kinder entweder ganz ohne Anus oder mit einer abnormen Ausmündung desselben in die Scheide geboren werden.

Es ist ganz natürlich, dass die letzteren Fälle vom Praktiker kurzweg als vaginale Atresien bezeichnet werden, womit ganz allgemein die Stelle der falschen Ausmündung bezeichnet werden soll, ohne auf den genauen anatomischen Unterschied näher eingehen zu wollen, ob es sich im einzelnen Falle wirklich um die Ausmündung des Mastdarms in die Scheide oder in den noch erhaltenen sinus urogenitalis handelt.

Wissenschaftlich dürfte es sich aber doch empfehlen, die letztere Form der Misbildungen als Cloaca congenita zu bezeichnen und in den Fällen, wo bei normaler Mündung der Harnröhre der Mastdarm in die Scheide sich öffnet, nicht von vaginaler Atresie zu sprechen, da ja kein Verschluss besteht, sondern die Oeffnung nur an falscher Stelle vorhanden ist, sondern je nach der Ausmündung des Rectums oberhalb oder unterhalb des Hymens zu unterscheiden den Anus praeternaturalis vaginalis von dem a. p. vestibularis sive praehymenalis. (v. Winckel & Fritsch).

Bevor ich nun zur Beschreibung dieser Bildungsanomalie übergehe, ist es zum Verständnisse der Aetiologie notwendig, einige entwicklungsgeschichtliche Bemerkungen vorauszuschicken.

Will man nicht gerade fötale Entzündungszustände für die Entstehung des Anus präternaturalis prähymenalis verantwortlich machen, so kann man sich den Hergang ontogenetisch folgendermassen vorstellen:

Bis zur 5. Woche findet sich beim Embryo keine äussere Oeffnung am untern Leibesende für den Darm und Urogenitalapparat, das Endstück des embryonalen Darms, der Enddarm oder Afterdarm, welcher sich später zum Mastdarm entwickelt, endigt blind und hängt nur noch offen mit der aus ihm hervorwachsenden Atlantois zusammen. Diese öffnet sich frei nach der Vorderfläche des Bauches, nimmt die Wolfschen und Müllerschen Gänge auf und stellt also in jener Zeit die gemeinsame Oeffnung, die Cloake für Harn, Geschlechtsorgane und Darm dar. Gegen das Ende der 4. Woche entsteht am hintern Leibesende eine Einstülpung von aussen, welche bald mit dem blind endigenden Darm in Verbindung tritt. Vorläufig besteht demnach zu jener Zeit, wenn diese Vereinigung geschehen ist, wiederum eine Kloake, indem der Enddarm noch mit dem Endstück der Atlantois und den Wolfschen Gängen in Verbindung bleibt. Der Verschluss dieser einzelnen Räume findet sich bis zur 10. Woche des Fötallebens, es schnürt sich der Darm von der Blase und dem Urachus ab und am hinteren Leibesende bilden sich aus den Geschlechtshöckern und Geschlechtsfalten die Geschlechtsteile. Die weitere normale Entwicklung geht nun in der Weise vor sich, dass von der 7. bis 10. Woche die Bildung des Dammes, das Herabrücken der Scheide, also des untern Teiles der Müllerschen Gänge und die Entstehung des Hymens zu stande kommt.

In neuester Zeit hat nun Schaeffer an einer sehr grossen Reihe von Präparaten aus der Münchner Frauenklinik die entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse gerade dieser Teile der weiblichen Geschlechtsorgane mit grosser Ausführlichkeit

und Klarheit beschrieben und erklärt sich das Zustandekommen des Anus praeternaturalis folgendermassen:

»Die normale Scheidung von Mastdarm und Atlantois geht so vor sich, dass das Septum uracho-rectale, welches die zwei Müller'schen Gänge in sich geschlossen hält, sich senkt. Gelingt es diesem nun nicht, den Mastdarm nach hinten abzudrängen, so mündet dieser anfangs in den sinus urogenitalis, allmählig werden die verschmolzenen Müllerschen Gänge bis an diesen Mündungspunkt herabgezogen und treten zwischen Mastdarm und Atlantois; jetzt mündet der Mastdarm in die Scheide und der anus präternaturalis vaginalis ist besiegelt. Bleibt hingegen die Mündungsstelle im Sinus urogenitalis, so findet man den Anus praeternaturalis hymenalis oder besser vestibularis. In beiden Fällen ist es nicht von Belang, wie der Hymen sich bildet. Der Vorhof wird nach all diesem vom 5. Monat an hinsichtlich des Wachstums der Scheide von der fortschreitenden Scheide nicht als fertige Masse vor derselben hergeschoben, sondern wirkt, als aktives Organ beim weitern lamellösen Ausbau der beiden Mündungen von der Harnröhre wie in weit höherem Grade von der Scheide mit. Viel früher schon hilft offenbar diese vulväre Cloakeneinstülpung beim Hineinwachsen des Septum uracho-rectale mit. Das Bild zweier einander entgegentreibender Kräfte ist hier das deutlichste.«

Dass diese beiden Vorgänge, das Tiefertreten des Septums und die von aussen kommende Einstülpung, gleich wichtig sind für das Zustandekommen der normalen Verhältnisse, beweisen die verschiedenen Arten der hier vorkommenden Hemmungsbildungen, dass aber besonders auch das ectodermale Wachstum in den Vordergrund tritt, beweist auch unser Fall, in welchem diese Beteiligung nicht stattgefunden hat und es dem von oben herabwachsenden Septum nicht möglich war,

die äussere Haut zu durchbrechen, obwohl es einen ausser-gewöhnlich tiefen Punkt erreicht hat.

Im wesentlichen wird hierdurch auch das von Reichel über die Bildung des Dammes Gefundene bestätigt.

Er kommt zu dem Schluss, dass der Damm des Menschen nicht durch ein Tiefertreten des Septum Douglasii (Perls) entsteht, sondern durch ein Verwachsen von seitlich von der Kloake sich erhebenden paarigen Gebilden in der Medianlinie und zwar derart, dass die ursprünglich sich hinter der Kloake erhebenden Analhöcker gleichzeitig mit ihrem Wachstum sich nach vorne schieben, mit ihrem vorderen Ende sich an die hinteren Genitalfalten legen und gemeinsam mit diesen in der Medianlinie untereinander und nach oben mit dem Septum Douglasii verwachsen, so eine besondere Analportion des Mastdarms bildend. Mit dem Tieferwachsen des Septum gelangt naturgemäss die eng damit verbundene Scheide immer tiefer, wodurch der ursprünglich gangartige sinus urogenitalis in eine flache Mulde verwandelt wird, welches später das Vestibulum vaginae bildet; ist es aber so weit gekommen, dann ist auch noch ein Gebilde fertiggestellt, welches den Eingang in die Scheide auf das äusserste einengt, der Hymen. Wir kommen damit auf das wichtigste Kennzeichen für die richtige Deutung dieser Hemmungsbildung, das ist das Vorhandensein des Hymens. Denn es ist klar, dass wenn ein Hymen vorhanden ist, auch die Scheide bereits ausgebildet sein muss, der Teil, der über dem Hymen liegt, ist dann zweifellos die Scheide, die unter dem Hymen liegende flache Einstülpung das Vestibulum vaginae.

Auch Pincus macht auf das Vorhandensein des Hymens als den für die exakte Diagnose wichtigsten Befund aufmerksam; denn nur bei vorhandenem Hymen kann man von einem Vestibulum sprechen.

Fehlt der Hymen, so muss die Frage, ob es sich um Persistenz des Sinus urogenitalis handelt (Winckel) oder ob die Vagina selbständig ausgebildet ist, also Anus praeternaturalis vaginalis da ist, immer noch offen bleiben.

Nach Ahlfeld nun beruht eine der Hauptursachen der Missbildungen des Anus mit oder ohne Kloakenbildung, mit oder ohne abnorme Ausmündung des Mastdarms, auf der Einwirkung eines übermässigen oder abnorm lange fortdauernden Zuges seitens des Dotterstranges (ductus omphalomesentericus) am Darm. Infolge dieses Zuges kann das blinde Ende des Mastdarms nicht in Communikation mit der von aussen ihm entgegenwachsenden Aftereinstülpung treten. Für diese Möglichkeit spricht die Thatsache, dass Atresia ani mit angeborner Ektopie der Baucheingeweide, mit Darmdefekten infolge von Abschnürungen derselben in Nabelschnurbrüchen und vor allem mit dem wahren Meckelschen Divertikel zusammen vorkommt.

Endlich muss als ätiologisches Moment angeführt werden eine gewisse hereditäre Anlage, da einige Male mehrere Fälle in derselben Familie beobachtet wurden.

Welcher von den angeführten Ursachen nun im einzelnen Falle die Hauptrolle zukommt, lässt sich schwer sagen, doch kann die Heredität in unserem Falle ausgeschlossen werden, da nach der Anamnese in der ganzen Verwandtschaft väterlicher und mütterlicher Seite kein derartiger oder dem ähnlicher Fall bekannt ist.

Wenn man nun in der Litteratur Umschau hält, so überzeugt man sich, dass diese Bildungsanomalie nicht gerade häufig ist.

Denn Bednar sah sie unter 7154 Mädchen nur einmal und Collins fand in der Dubliner Entbindungsanstalt unter 16654 Kindern nur eine Missbildung dieser Art, Moreau

beobachtete in 40 Jahren an der Maternité zu Paris nur 4 Fälle und während Winckel die Leitung der Dresdener Entbindungsanstalt hatte, wurde unter 12000 Kindern keines mit solcher Hemmungsbildung geboren. Puech hat unter 238420 Geburten 38 Fälle von Missbildungen des anus gesehen, darunter aber nur 3 von anus vaginalis bezw. vestibularis. Geheimrat Abegg hat in 25 Jahren an der westpreussischen Provinzialhebammenlehranstalt keine derartige Beobachtung gemacht und in L. Landauers Poliklinik in Berlin, wo nur pathologische Bildungen an den Genitalien zur Beobachtung kommen, wurde nur ein Fall von Anus vestibularis bei einer Erwachsenen unter 6000 Patientinnen gesehen. Ferner fand sich unter 100 von Curlings zusammengestellten Fällen der verschiedensten Formen von Atresia ani bezw. Anus praeternaturalis nur einer mit A. vestibularis. Unter den 190 von Schäffer in der Münchener Frauenklinik untersuchten Präparaten der verschiedensten Bildungsanomalien der weiblichen Genitalien war kein solcher Fall.

In der übrigen mir zur Verfügung stehenden Litteratur konnte ich ebenfalls nur wenige hieher passende Fälle finden:

Bednar. Krankheiten der Säuglinge und Neugeborenen. Kind 10 Tage alt. Die sehr enge Ausmündung des Mastdarmes öffnet sich hinter dem Scheideneingang in dem Raum zwischen der hintern Kommissur der grossen und den hinteren Enden der kleinen Schamlippen.

Winternitz (Prager med. Wochenschrift 1883). 2 Monate altes Mädchen. Die enge Darmöffnung befindet sich im Vestibulum vaginae.

Tillaux veröffentlicht einen ähnlichen Fall (Bull. général. de la therap. 1872). Massari einen in den öster. Jahrb. 1874. Ein gleicher Fall wurde 1878 von Prof. Weil bei einem 16jährigen Mädchen operiert.

Hieher gehört ferner noch der von Abel publizierte:

Ein junges Mädchen erscheint in der Ambulanz, weil es einen Fehler an den Geschlechtsteilen von Geburt an habe und wissen möchte, ob es heiraten dürfe. Die Untersuchung ergab: Anus praeternaturalis vestibularis. Als Kind ohne irgend welche Beschwerden hat sie erst später an Stuhlverhaltung gelitten.

Einen sehr interessanten Fall veröffentlicht Pincus (klin. Vorträge 1893). 7 Jahre altes Kind aus einer gesunden Familie, in der nie derartige Missbildungen vorgekommen sind.

Bei der Betrachtung der äusseren Geschlechtsteile fällt sofort auf, dass die Analöffnung des Rektums an der normalen Stelle fehlt, an deren Stelle befindet sich eine kleine Einsenkung. Bei Ausbreitung der grossen Labien sieht man den ganzen Introitus vaginae stark gerötet und bedeckt mit einigen oberflächlichen Geschwürchen. Dicht oberhalb des Frenulum, genau zwischen diesem und dem Hymen zeigt sich die Analöffnung. Ausserdem fand sich aber noch 3 cm oberhalb des Hymens eine Communikation des Mastdarms mit der Scheide, also Anus vestibularis et vaginalis.

In anbetracht der immerhin grossen Seltenheit des Anus vestibularis erlaube ich mir nun, den mir durch die Güte des Herrn Geheimrat Prof. Dr. v. Winckel zur Veröffentlichung überwiesenen Fall hier anzureihen.

Fall Winckel. A. H. aus B. $^3/_4$ Jahre alt.

Anamnese:

Eltern leben und sind gesund, die lebenden Geschwister sind gesund, ein Bruder starb im Alter von 5 Monaten an Cholera infantum.

Die Mutter bemerkte bei dem Kinde A. H., dass sich der Kot aus der Scheide entleert. In der ganzen Verwandt-

schaft väterlicher und mütterlicher Seite sind derartige Fälle nie vorgekommen.

Status praesens:

Ziemlich gut genährtes Kind von anaemischer Hautfarbe. Der Leib ist ziemlich stark meteoristisch aufgetrieben, an Stelle der Analmündung befindet sich ein kleines Grübchen.

Vulva: Der Introitus vaginae, Hymen und Urethralmündung zeigen keine Abweichung von der Norm. Hinter den kleinen Labien, noch vor dem Hymen, entleert sich aus einer kleinen geröteten Prominenz ein breiiger, weisslicher Kot.

Diagnose:

Anus praeternaturalis praehymenalis.

Operation in Chloroformnarkose am 1. Mai 1896.

Zur Vervollständigung der Diagnose wurde vor Beginn der Operation in Chloroformnarkose durch den Anus pr. praehymenalis Jodoformgaze eingeführt, um das Rektum auszudehnen und zunächst den Hervortritt von Flüssigkeit zu verhindern. Die Vagina wurde erst ausgespült und dabei festgestellt, dass die Flüssigkeit absolut klar wieder herauskam, die, wenn weiter oben eine Communikation zwischen Rektum und Scheide bestanden hätte, jetzt bei Verschluss des untern Teiles des Rektum hätte gefärbt sein müssen.

Nunmehr wurde von der hintern Kommissur bis zum hintern Ende jener 2 cm langen, leicht geröteten Prominenz, die dem Rest der Analfalte entspricht, eine Incision gemacht und dann auf das Rektum zupräpariert. Hierauf wurde die Peripherie des anus mit einer Umgebung von ringsumher 3—4 mm bis zum Saum des Frenulum und des Hymen unten und oben und bis zum Saum der Vulvaspalte beiderseits losgelöst, die vordere Mastdarmwand wurde dann etwas weiter abpräpariert, und der Mastdarm auch nach den Seiten gelöst. Nachdem er dadurch so beweglich gemacht war, dass

er mit Leichtigkeit in das untere Ende der Wunde eingelegt werden konnte, wurden durch zwei feine Seidensuturen die Weichteile des Septum recto-vaginale vereinigt, der Mastdarm also dadurch von der Vagina abgedrängt. Nunmehr wurde durch feine Seide der Saum des Anus rechts und links mit dem Wundrande vereinigt, hinter dem Anus eine versenkte Katgutsutur eingelegt und endlich der Damm vor dem Anus durch 3 feinste fil de Florence-Suturen und die Gegend hinter dem Anus durch 2 desgleichen vernäht. Die Annäherung des Anus geschah ohne jeden Zwang, eine Spannung war nirgends zu bemerken, auch erschien die Rektalwand nirgends verfärbt. Bei der Ablösung von der hintern Vaginalwand war dieselbe in einer Ausdehnung von etwa 2—4 mm eröffnet worden, jedoch wurde, da die Verletzung ohne Belang war, eine Vernähung nicht vorgenommen.

Dauer der Operation 30 Minuten. Blutverlust sehr mässig, weil die beiden Stämmchen der Arteria clitoridis, welche durchschnitten waren, durch versenkte Katgutnähte geschlossen wurden. Schliesslich wurde der mit Kotmassen imprägnierte Jodoformgasestreifen entfernt und statt seiner ein nicht ganz kleinfingerdicker Drain eingelegt, worauf das Kind bei mässigem Pressen eine schleimig-fäkulente Masse entleerte.

Chloroformverbrauch 5 g. Narkose durchaus ungestört.

Weiterer Verlauf.

2. V. Kind trinkt und schläft gut, es erfolgt Stuhlgang durch den Drain, Verband ist abgenommen.

5. V. Zu beiden Seiten der Wunde eine leichte Infiltration und entzündliche Rötung der Haut, die auf feuchte Umschläge mit Borsäure rasch zurückgeht.

6. V. Die Katgutnähte am Saum des Anus schneiden durch und müssen deshalb entfernt werden. Während des ganzen Tages ist das Kind unruhiger wie bisher und entleert

fortwährend unter Pressen und Schreien geringe Massen weisslichen, flüssigen Kotes; der Leib ist meteoristisch aufgetrieben. Nach Einführung einer Kanüle in den Anus, die nach Ueberwindung eines gewissen Widerstandes gelingt, plötzlich forcierte Entleerung von reichlichem Kot und Flatus. Wegen stark aufgetriebenen Leibes Einflössung von etwas Oleum föniculi sowie Umschläge mit flor. Chamom.

7. V. Leib weniger aufgetrieben, Kind bedeutend ruhiger; Ausspülung des Darms mit warmem Wasser.

8. V. Zunge etwas belegt, spontan ziemlich reichliche Darmentleerung, trotzdem erfolgt bei Ausspülung mit warmem Wasser unter heftigem Pressen des Kindes ziemlich viel Stuhl, auch scheint das ganze Rektum mit Kot ausgefüllt, was man bei Einführung der Kanüle fühlt. Behandlung wie gestern.

9. V. Nacht war unruhig. Behandlung wie gestern.

12. V. Reichliche Entleerung, Kind ruhig.

16. V. Leib etwas aufgetrieben, wird aber auf Ol. fönic. hin weicher.

20. V. Wenig Stuhlgang. Leib etwas mehr aufgetrieben. In den letzten Tagen sehr wenig Stuhlgang, häufig stark aufgetriebener Leib, durch die dünnen Bauchdecken fühlt man vereinzelte Kotballen deutlich durch. Nach kaltem Klystier mit etwas Kochsalzsusatz wird der Leib wieder weicher; Stuhlgang jedoch sehr gering. Im allgemeinen ist das Kind ziemlich ruhig und zeigt guten Appetit, die Wunde ist gut geheilt. Analöffnung an gehöriger Stelle. Die eingeführte Kanüle geht ohne Widerstand anfangs etwas nach hinten, dann nach vorn und aufwärts, an derselben haften nach der Extraction gelbliche Kotmassen. Im Vestibulum vaginae befindet sich nach hinten eine stecknadelkopfgrosse trichterförmige Vertiefung, bei der jedoch auch bei starkem Pressen

des Kindes kein Kot hervordringt. Von heute ab ungestörter Verlauf, so dass das Kind am

29. V. geheilt entlassen werden konnte.

Wenn wir uns nun die Frage vorlegen, ob in vorliegendem Falle eine absolute Indication zur Operation vorlag, so müssen wir die Frage bejahen. Denn wenn auch eine unmittelbare Lebensgefahr noch nicht vorlag, so bestand doch bei dem starken Meteorismus und da bei abnormer Ausmündung des Mastdarms nach vorne derselbe gewöhnlich schon stark nach unten ausgebuchtet ist, die Möglichkeit, dass über kurz oder lang ein Darmverschluss eintreten werde. Es lag also entschieden die Indicatio vitalis vor, es musste operiert werden. Der Erfolg blieb denn auch nicht aus und auch die neuesten Erkundigungen nach dem Befinden des Kindes — heute 11. V. sind es 2 Monate 11 Tage seit der Operation — berechtigen vollkommen zu der schönen Hoffnung, dass das Kind dauernd von seinem Zustande geheilt worden ist.

Denn die Mutter des Kindes schreibt:

„Das Kind hat bis zum heutigen Tage keinen aufgetriebenen Leib, die Stuhlentleerung geht spontan ohne Beschwerden regelmässig vor sich.“

Da nun aber nicht ein Fall wie der andere verläuft, sondern die Verhältnisse bei Anus pr. vestibularis sich sehr verschieden gestalten können, so sei es mir gestattet, auf die Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie des Anus vaginalis im allgemeinen etwas näher einzugehen.

Es muss zugegeben werden, dass von den verschiedenen Bildungsfehlern des Anus die abnorme Ausmündung in die Scheide bezw. das Vestibulum die wenigsten Beschwerden macht. Dieselben hängen eben ab von der Weite der Oeffnung, von dem Vorhandensein bezw. Fehlen eines Sphincters und vor allem auch von der Richtung des Mastdarms.

Meistens ist die Einmündung in die Vagina so weit, dass die Defäcation ohne besondere Beschwerden vor sich geht, während in anderen Fällen die Entleerung von Kotkonkrementen mit Schmerzen verbunden ist. Ist ein die Einmündungsstelle umgebender Sphincter vorhanden, der die willkürliche Zurückhaltung des Stuhles ermöglicht und wird letztere noch unterstützt durch starke Entwicklung des Sphincter tertius, so kann der Bildungsfehler den Angehörigen solcher Kinder sowie den Trägern selbst auch Jahre verborgen bleiben. So kannte Ricord eine 22jährige Frau, bei welcher Vagina und Rektum kommunicierten und der Stuhlgang so regelmässig war, dass der betreffende Ehemann nach 3jähriger Ehe von diesem Zustande noch keine Ahnung hatte.

Einen ähnlichen Fall berichtet H. Tuck (Case of atresia ani vaginalis. Bost. med. journ. 1876): hier entdeckte der zur Entbindung der damit behafteten Frau gerufene Arzt zufällig diese Anomalität.

In seinem Werke: „De sedibus et causis morborum“ 1761 erzählt Morgagni von einer Jüdin, die ihre Jahre trotz angeborenen Anus vaginalis auf mehr denn 100 brachte.

Dass aber andrerseits auch bei grosser Oeffnung eine Kotretention vorkommen kann, zeigt der von Thornley Stokers publizierte Fall (The med. press. and circule 1880). Hier handelt es sich um ein 21jähr. Mädchen, welches wegen einer grossen, die linke Seite des Bauches einnehmenden Geschwulst in dessen Behandlung kam, wobei es sich um nichts anderes handelte, als um eine enorme Ausdehnung des Rektums und Colon descendens bei grosser Ausmündungsöffnung des Mastdarms in dem untern Teil der Scheide. Wie verhängnisvoll hätte hier diese Bildungsanomalie werden können, wenn die Art der Geschwulst nicht richtig diagnosticiert worden wäre.

Noch viel bedrohlicher aber können die Erscheinungen werden, wenn die Einmündungsstelle sehr eng und das Rektum mehr nach vorne gezogen oder gar rechtwinklig abgeknickt ist; dann kommt es nicht nur zu bedeutenden Fäkalretentionen, sondern unter Einklemmungserscheinungen, Kotbrechen, Peritonitis kann selbst der Tod die Folge sein.

Ebenso wie nun eine zu grosse Enge des Anus praeternaturalis die erheblichsten Erschwerungen der Defäkation bedingen kann, so bringt andrerseits eine zu grosse Weite ausser der Unmöglichkeit einer willkürlichen Stuhlretention — bei Mangel des Sphincters — die Gefahr eines Prolapsus recti in die Scheide mit sich. von Ammon hat einen solchen Prolaps bei einem 7jährigen Mädchen beobachtet.

Was nun die Diagnose betrifft, so dürfte es ja in den meisten Fällen leicht sein, durch eine genaue Untersuchung sie sicherlich festzustellen. In vielen Fällen sagt uns die Anamnese, dass der Stuhl aus der Scheide erfolgt, die Inspektion ergibt ein vollständiges Fehlen oder nur eine Andeutung des Anus naturalis und bei Besichtigung der Scheide oder des Scheideneingangs sieht man aus einer Oeffnung Kot hervorquillen. Die weitere Untersuchung hat dann nur noch zu entscheiden, ob diese Oeffnung in einen Kanal führt, der für das Rektum angesprochen werden kann. Durch Sondierung wird man sich weiterhin über die Durchgängigkeit und dessen Richtung orientieren und durch Ausübung geringen Druckes mit der andern Hand von der Dammgegend her gegen die Sonde eventuell eine fluctuierende Geschwulst fühlen, die das Rektum ist. Schwieriger kann die Entscheidung werden, ob es sich um eine einfache Atresia ani bezw. recti oder um einen Anus vaginalis handelt, wenn letzterer höher oben sitzt und überdies die Oeffnung so klein ist, dass kein Stuhl erfolgt und auch die Inspektion nicht zum Ziele führt. Dann

hat man die Tamponade oder eine Ausspülung oder die Sondierung oder alle drei Untersuchungsmethoden vorzunehmen, um eventuell den Abgang von Mekonium bezw. Kot nachzuweisen. Dies darf nie versäumt werden, wie folgender Fall demonstriert: (Diss. Rud. Seidler, Göttingen 1893.) Bei einem Neugebornen bestanden die Symptome eines Ileus. Da man an der normalen Stelle keinen Anus sah und Mekonium aus der Scheide nicht abging, stellte man ohne Untersuchung der Scheide die Diagnose: Atresia ani et recti. Bei der Operation misslang der Versuch, vom Damm aus das Rektum aufzufinden; die Indicatio vitalis drängte zur Laparotomie. Im untern Teile der Wundöffnung fühlte man einen länglichen, teigigen Tumor, der für das mit Mekonium gefüllte Rektum gehalten, an die Bauchdecke vernäht und eröffnet wurde. Es entleerte sich Mekonium. Die Höhle wurde drainiert. Eine Besserung trat nicht ein, das Erbrechen nahm zu, am 3. Tage nach der Operation exitus letalis.

Bei der Sektion aber stellte sich heraus, dass der angeschnittene Tumor die durch den Inhalt stark erweiterte Scheide war, es handelte sich um Anus vaginalis.

Daher darf man keine der verschiedenen Untersuchungsmethoden unterlassen.

Die Prognose bei Anus vestibularis ist im allgemeinen gut, da durch eine verhältnismässig gefahrlose Operation sich derselbe dauernd heilen lässt, die normale Entleerung und völlige Kontinenz hergestellt wird.

Man hat zwar früher geglaubt, dass wenn der Mastdarm nicht an der normalen Stelle ausmünde, auch kein Schliessmuskel vorhanden sei und daher nach der Operation doch eine Inkontinenz zurückbleiben müsse. Diese Ansicht ist schon längst widerlegt. Denn Mastdarm und After entwickeln sich selbständig, letzterer vom Integument des

Perinaeums und wachsen einander bis zur Berührung entgegen, so dass ein einziger kontinuierlicher Kanal entsteht, der sich an der Anusöffnung nach aussen öffnet.

Ist also so die Aussicht auf eine dauernde Heilung durch Operation günstig, so zeigt uns weiterhin die Mortalitätsstatistik nach der Operation, dass sehr wenige infolge der Operation sterben.

So hat Curling unter 12 Operierten nur 1 Todesfall, ebenso Cripps. Anders hat 17 Fälle operiert, darunter 1 Todesfall, von den übrigen 16 Geheilten liess sich nach mehr als einem Jahre gute Gesundheit feststellen, die Continentia alvi war bei allen eine gute.

Von 5 in der Göttinger Klinik Operierten starb keines.

Die Mortalität der Operationen bei Anus vaginalis bezw. vestibularis beträgt demnach 7,4 %.

Wenn wir diese Zahlen vergleichen mit den bei anderen Misbildungen des Anus, so ergibt die Statistik von Anders z. B. bei Atresia ani eine Mortalität von 27,2 %, bei Atresia ani et recti 55,5 % und bei Anus vesicalis und urethralis 75,0 %.

Daraus ist zur Genüge ersichtlich, dass der Anus vaginalis die günstigsten Verhältnisse für eine operative Heilung bietet.

Therapie:

Es ist zwar vielfach vorgeschlagen worden, bei genügend weiter Mündung des Rektums keine Operation vorzunehmen oder dieselbe auf eine spätere Zeit festzusetzen.

Beides ist nicht ratsam.

Denn wenn das Kind einmal konsistentere Nahrung aufnimmt, so wird sich die Darmausmündung als ungenügend für den Durchgang grösserer Fäkalmassen erweisen; die Folge wird sein Koprostase, Entzündungen des Darmes, wenn nichts schlimmeres. Ferner ist es doch wahrhaftig nicht gleichgültig, ob der Introitus vaginae, das Orificium urethrae und

die äusseren Geschlechtsteile immerfort durch den Reiz der Fäkalmassen im Zustande der Entzündung sich befinden. So muss denn auch bei Entscheidung der Frage, wann operiert werden soll, dem kindlichen Lebensalter der Vorzug gegeben werden.

Wenn nun andere empfehlen, bei enger Ausmündungsstelle dieselbe einfach zu erweitern, so hat das, abgesehen von den soeben erörterten Gefahren noch dazu recht wenig Erfolg. Denn es entsteht eine sehr mangelhafte Continenz, wenn nicht Incontinenz. Und welche Geduldsprobe stellt diese aussichtslose Behandlung an den Arzt wie an die Patientinnen. Ein mühevolles und für die Patientin sehr schmerzhaftes Verfahren, wie denn auch Pincus zugibt, der diese Behandlungsmethode einmal angewandt hat.

Nicht zu empfehlen ist ferner jene ältere Operationsmethode vom Damm aus auf das Rektum einzuschneiden, dasselbe in die Hautwunde hinabzuziehen und seine Schleimhaut anzunähen. Die Rektogavinalfistel sollte dann durch Cauterisation oder Naht geschlossen werden. Letzteres gelingt aber nur schwer und obendrein erleidet das Rektum eine empfindliche Zerrung.

Eine andere Weise, die man zur Beseitigung des Anus praeternaturalis versucht hat, besteht darin, dass man von der abnormen Einmündungsstelle aus Vorhof und Damm spaltet, um dann in einer zweiten Sitzung später einmal die Perinaeoplastik anzuschliessen.

Mit vollem Recht warnt v. Esmarch vor diesem Verfahren im Hinweis darauf, dass nicht nur für das Kind wie dessen Eltern die Aussicht auf eine schwierige Operation beunruhigend wirken müsse, sondern auch beim Fortbestand dieser grossen Kloake bis zur Pubertätszeit ein Vorfall des Uterus und der Vagina zu befürchten stehe, der dann durch

die Perinaeoplastik vielleicht gar nicht mehr beseitigt werden könne.

Waren nun alle schlechten Erfolge bei Behandlung solcher Misbildungen früher, abgesehen von den Gefahren der vorantiseptischen Zeit, eben diesen schlechten Operationsmethoden zuzuschreiben, so gebührt Dieffenbach das grosse Verdienst, 1828 eine Methode angegeben zu haben, die, später von Rizzoli verbessert, heutzutage allgemein geübt die grössten Triumphe feiert, die Proctoplastik. Dieselbe hat sich auch in unserm Falle wieder glänzend bewährt. Sie ist im wesentlichen folgende: Man kann mit einer durch die Vagina eingeführte dicke Knopfsonde den Mastdarm nach dem Damme drängen. Winckel tamponiert das untere Rektumende, wodurch dasselbe ebenfalls ausgedehnt wird und vor allem auch der Hervortritt von Flüssigkeit vermieden wird. Dann macht man von der Commissura post. bis zur Spitze des os coccygis einen Längsschnitt in der Mittellinie des Perinaeums (in unserem Falle genügte ein Schnitt bis zu der den Rest der Analfalte andeutenden Prominenz) isoliert den Darm von dem umgebenden Zellgewebe bis zur Mündung in die Vagina, löst ihn dann mit einer Umgebung seiner Einmündungsstelle von ca. 3—4 mm von seiner Insertionsstelle ab und näht das freie Ende an normaler Stelle in die Dammwunde ein und macht die sogen. Lippennaht. Bei diesem Vorgehen ist das Bestehenbleiben einer Rektovaginalfistel ausgeschlossen.

Auf eine Frage muss an dieser Stelle noch eingegangen werden, nämlich ob man die Kinder chloroformieren soll? Manche glauben nämlich deshalb ohne Narkose unter günstigeren Verhältnissen operieren zu können, weil durch das Drängen der Kinder mit Hilfe der Bauchpresse das Rektum nach unten gedrückt werde, ein Umstand, der das Auffinden desselben erleichtere. Ich kann mich dieser Ansicht nicht

anschliessen. Denn fürs erste wird doch bei richtigem Vorgehen das Rektum entweder durch dessen Tamponade oder durch eine Sonde so nach abwärts gedrängt, dass die Aufsuchung des Rektum dadurch schon sehr erleichtert wird, ohne Narkose aber wird dasselbe durch das intermittierende Schreien nur stossweise herabgedrängt und so jedenfalls eher die Gefahr einer Verletzung desselben nahegelegt und ausserdem sollte denn doch auch das Gesetz der Menschlichkeit berücksichtigt werden. Bei vorsichtiger Dosierung (in unserem Falle genügten 5 g Chloroform) dürfte dem Kinde gewiss kein Schaden erstehen.

Nachdem ich nun so die Ueberzeugung gewonnen habe, dass die Dieffenbachsche Proctoplastik allen an sie gestellten Anforderungen gerecht wird, möchte ich mich dem Grundsatze anschliessen, in allen Fällen von Anus pr. praehymenalis, vorausgesetzt, dass die betreffenden Kinder in genügend gutem Ernährungszustande sich befinden, die Operation versuchen zu wollen; denn es ist doch gewiss ein schönes Verdienst, einen Menschen von einem Zustande befreit zu haben, der zum mindesten durch die fortwährenden Reitzungen durch die Fäkalmassen chronische Entzündungszustände der äusseren Genitalien herbeiführt und so die Träger ihr ganzes Leben lang quält und peinigt.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. v. Winckel für die gütige Ueberweisung der Arbeit und die gütige Uebernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteraturquellen.

1. Ahlfeld, Lehrbuch der Missbildungen.
2. Archiv für Gynäkologie 1890—1895.
3. Centralblatt für die ges. med. Wissenschaft 1890.
4. Prager medizin. Wochenschrift 1883.
5. Monatsschrift für Geburtskunde XII.
6. Pincus, Sammlung klin. Vorträge 1893 Nr. 80.
7. Dissert. Rud. Seidler. Göttingen 1893.